

گزارش مورد**گزارش یک مورد آبسه آمیبی کبد در بیمارستان فاطمی اردبیل**مهدی چینی فروش^{*۱}، میثم صادقی^۲^{*۱} - گروه علوم تشریح، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران^۲ - دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران**چکیده**

مقدمه آبسه کبدی بیماری نسبتاً غیر شایع است که ۳ شکل اصلی آبسه های کبدی بر اساس علت ایجاد بیماری وجود دارد. آبسه های باکتریایی، آبسه های آمیبی، آبسه های قارچی. انگل آمیبی بیشتر عفونت روده ای ایجاد می کند ولی عفونت علامتدار فقط در ۱۰٪ موارد رخ می دهد و باقی موارد بدون علامت می باشد.

معرفی مورد بیمار خانم ۵۸ ساله ی متاهلی است که با شکایت از درد شکم در ناحیه RUQ (یک چهارم فوقانی راست شکم) مراجعه کرده بود که با خوردن غذا علایم شدید تر می شد. که با رادیولوژی و سونوگرافی انجام شده آبسه کبدی تشخیص داده شد که بیمار تحت عمل جراحی کوله سیستکتومی و هپاتکتومی قرار گرفته و دو روز بعد مرخص می شود. نتیجه گیری بیمارانی که با علایم تب و ناحیه RUQ مراجعه می کنند مخصوصاً افرادی که در محیط های با بهداشت پایین زندگی می کنند باید آبسه آمیبی کبد در نظر گرفته شود.

واژگان کلیدی آبسه آمیبی کبد، بیماری کبد، هپاتکتومی

مقدمه

آبسه باکتریال کبدی نسبتاً بیماری غیر شایع است که اولین بار در فاصله سالهای ۱۹۲۶ تا ۱۹۳۸ شناخته شده است. در آن سالها Ochsner از روش جراحی درناژ آبسه به عنوان روش قطعی درمان آبسه نام برد. با این وجود در کنار تلاش و درماتهای جدی در درمان این بیماری، میزان مرگ و میر آن ۶۰ تا ۸۰ درصد بود (۱).

پیشرفت در تکنیک های تصویربرداری جدید و شناسایی میکرو بیولوژیکی و پیشرفت در تکنیک های تخلیه و درناژ آبسه، همزمان با پیشرفت در مراقبتهای حمایتی، باعث کاهش میزان مرگ و میر به عدد ۵ تا ۳۰ درصد رسیده است.

۳ شکل اصلی آبسه های کبدی بر اساس علت ایجاد کننده آن وجود دارد:

۱. آبسه های عفونی، که در بیشتر موارد علت آن چند میکروبی است.
۲. آبسه آمیبی: به علت آنتا مباحیستولیکا که ۱۰ درصد موارد را شامل می شود.
۳. آبسه قارچی: که توسط گونه های کاندیدا ایجاد شده و مسؤول کمتر از ۱۰ درصد آبسه کبدی است.

انگل آمیبی بیشتر عفونت روده ای ایجاد می کند ولی آبسه کبدی فقط در ۱۰٪ موارد رخ می دهد و باقی موارد رخ نمی دهد. بعضی افراد بیشتر در

فصل نامه ی علمی- دانشجویی "کادوسه"

دوره ی دوم، شماره ی چهار زمستان ۱۳۹۱

معرض آلودگی هستند از جمله کسانی که در مناطق با بهداشت پائین زندگی می کنند و یا کسانی که به این مناطق سفر می کنند. همچنین افرادی که در محل های بطور گروهی زندگی می کنند مثلاً پادگانها، خانه سالمندان، محل نگهداری افراد عقب مانده ذهنی نیز بیشتر به این بیماری مبتلا می شوند (۲).

معرفی مورد

بیمار خانم ۵۸ ساله ی متاهلی است که با شکایت از درد شکم در ناحیه RUQ (یک چهارم فوقانی و راست شکم) در تاریخ ۹۲/۲/۲۱ مراجعه نموده است. درد در ناحیه RUQ بوده و به ناحیه اپی گاستر منتشر شده است، بیمار علائمی نظیر تهوع، یبوست، نفخ، سرگیجه و درد شکم داشته، که علائم با خوردن غذا شدید تر شده و با مصرف مسکن بهبودی نسبی حاصل می شد.

بیمار سابقه آپاندکتومی، هیسترکتومی و مصرف سیگار داشته است.

آزمایشات انجام شده قبل از عمل روی بیمار به شرح زیر است:

آزمایش

WBC (تعداد گلبول سفید خون)	$7.75 \times 10^3/\text{ml}$
RBC (تعداد گلبول قرمز خون)	$4.68 \times 10^6/\text{ml}$
HB (هموگلوبین خون)	12.8

درجه حرارت بیمار ۳۷.۹ و آنزیم های کبدی نرمال بوده، همچنین در شمارش افتراق سلولی ۶۱٪ نوتروفیل و ۳۴٪ لنفوسیت گزارش شده است.

در سونوگرافی کیسه صفرا و مجاری صفراوی، کیسه صفرا افزایش خفیف ضخامت جداری به صورت منتشر داشته، کانون های اکوژن ریز در جدار آن همراه با توده اکوژن ۱۲*۳۳ میلیمتر در ناحیه تنه و فوندال مطرح کننده اسلاج متراکم شده می باشد.

تصویر اکوژن ریز حدود ۴ میلیمتر مربوط به سنگریزه مجاور توده فوق نیز قابل مشاهده میباشد.

مورفی ساین سونوگرافیک منفی میباشد.

کانون اکوژن و هتروژن در پارانشیم کبد مجاور ناحیه فوندال کیسه صفرا مطرح کننده کلسیفیکاسیون در زمینه ضایعات قدیمی نظیر

کیست هیداتیک کلسیفیه قبلی نیز قابل مشاهده می باشد.

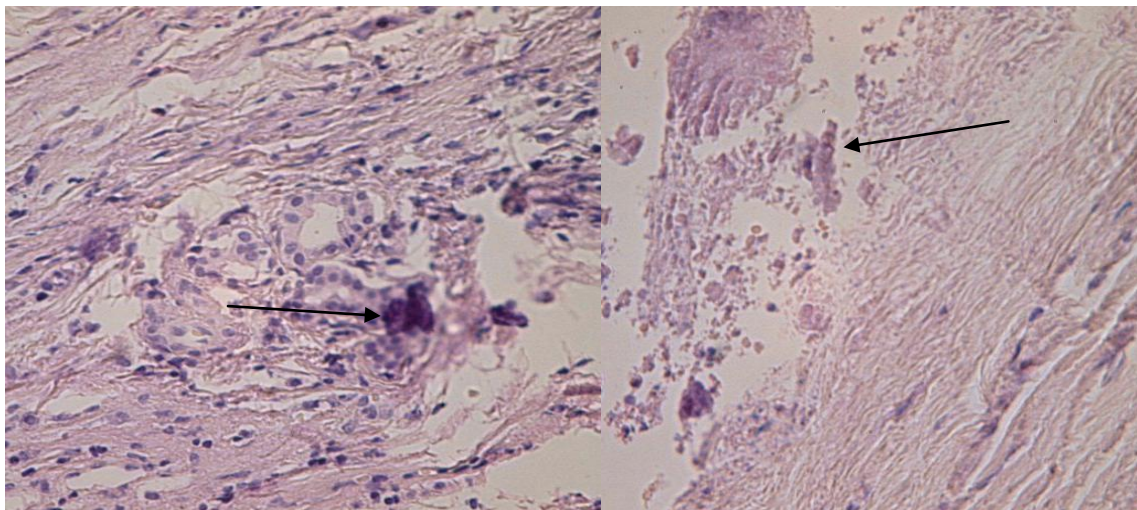
گشادی بسیار خفیف مجاور صفراوی داخل کبدی سنترال همراه با گشادی CBD

۸) میلیمتر(مشاهده میگردد، که تا بخش دیستال آن امتداد می یابد، ولی تصویری از سنگ واضح در بخش دیستال CBD طی کنترل مشاهده نشد.

در سونوگرافی پانکراس، شکل، اندازه و اکوپاترن و کالبر مجرای پانکراتیک طبیعی است.

تصویری از توده واضح یا علائم درگیری پارانشیمی مشاهده نمی شود.

با توجه به نتایج آزمایشات عمل کوله سیستکتومی و هپاتکتومی انجام شد که عمل موفقیت آمیز بوده بیمار در تاریخ ۹۲/۲/۲۶ مرخص می شود. در بررسی لام میکروسکوپی از نمونه کبد بیمار نمونه حاوی کانونهای کلسیفیکاسیون و نکروز بافتی میباشد (شکل ۱ و ۲)



شکل ۲

شکل ۱

بحث

شایع ترین علت ابتلا به آبسه ی کبدی التهاب عفونی در مجاری صفراوی است که معمولاً در مواردی که سنگ داخل مجاری صفراوی وجود داشته باشد میکروب ها وارد خون و کبد می شوند . آبسه حفره ای است که از مایعی از مجموعه ی میکروب ها و سلول های دفاعی و ترشحات آنها تشکیل شده است . آبسه معمولاً هنگامی اتفاق می افتد که در یک نقطه از بدن تعدادی میکروب وجود دارد و سلول های دفاعی به دور آن دیواری را تشکیل می دهند که از پخش شدن آن جلوگیری کنند . آبسه ی کبدی ناشی از تجمع میکروب و انگل در یک نقطه از کبد است که ترشح آنها به همراه سلول های دفاعی اطراف آن را گرفته و در حول آن نیز جداری برای جلوگیری از پخش شدن این میکروب ها تشکیل شده است . در نوع میکروبی آبسه زمینه ی ایجاد شدن آبسه معمولاً میکروب هایی است که از راه روده و خون به کبد می رسند در پی ایجاد التهاب عفونی مجاری صفراوی و افزایش میکروب ها آبسه های کوچک تشکیل می شود این آبسه های کوچک ممکن است به هم اتصال یابند و آبسه های بزرگ تری را تشکیل دهند .

نوع دوم آبسه های آمیبی است که بر اثر عفونت های آمیبی روده ی فرد را گرفتار می کند و تب درد و لرز شایع ترین علامت های بالینی این عارضه است . در مواردی که علت زمینه ی ابتلا به

آبسه آمیب باشد یا در بیماران بدحال ممکن است فرد به زردی مبتلا شود که در این حالت بامعاینه ی وی زردی و تب مشخص می شود و کبد دردناک است . سونوگرافی آسان ترین و ارزان ترین روش برای تشخیص است در مواردی که آبسه میکروبی باشد آنتی بیوتیک تجویز می شود و اگر بیمار به آنتی بیوتیک جواب ندهد تخلیه ی آبسه ها و گذاشتن لوله برای تخلیه ی کامل آبسه درمان اصلی است (۲).

آنتاموبا هیستولیتیکا معمولاً در دستگاه گوارش کلونیزه می شود؛ بدون اینکه علامتی ایجاد کند. از طرفی نزدیک به ۱ نفر از هر ۱۰ نفر بیمار مبتلا به عفونت بدون علامت درمان نشده ظرف مدت یک سال به فرم تهاجمی بیماری (معمولاً به شکل آبسه کبدی) مبتلا می شوند.

سونوگرافی و CT اسکن هر دو در تشخیص آبسه های کبدی حساسیت دارند. اما تایید عفونت آمیبی با تست سرولوژی توصیه می شود. تعداد زیادی از عفونت های آمیبی منتسب شده به آنتاموبا هیستولیتیکا می توانند ناشی از گونه های غیرپاتوژن دارای مورفولوژی مشابه باشند. برای تعیین دقیق پاتوژنیسیته آنتاموبا هیستولیتیکا به انجام یک آزمون حساس و اختصاصی مثل واکنش زنجیره ای پلی مرز (PCR) نیاز است. راهکار درمانی مناسب برای آبسه های آمیبی کبد، درمان تجربی (empirical) است که در آن بیماران را با

توجه به تاریخچه، اپیدمیولوژی و یافته‌های تصویربرداری توسط نیترومیدازول (nitromidazole) همراه با یک داروی آمیب‌کش روده‌ای درمان می‌کنند (۳).

عفونت‌ها در ارگان‌ها در بستر پورتال می‌تواند باعث ترومبوفلبیت سپتیک موضعی شده و به سمت آبسه کبدی پیش روند. آمبولی سپتیک، به داخل جریان خون پورت وارد شده و توسط آن سینوزوئیدهای کبدی گرفتار می‌شود و باعث تشکیل میکروآبسه در بافت کبد می‌شود. این میکروآبسه‌ها از راه گسترش خونی ارگانیسم‌ها به دنبال باکتری‌های سیستمیک هم می‌توانند ایجاد شوند مانند آندوکاریت یا پیلونفریت (عفونت‌های کلیوی).

علائم بالینی شایع در آبسه کبدی شامل: تب، لرز، درد RUQ، آنورکسی، خستگی و در مواردی سرفه یا سکسکه به علت درگیری دیافراگم می‌باشد. درد راجعه به شانه راست، کاهش وزن و آنمی نیز می‌تواند دیده شود (۴).

نتیجه‌گیری

با اینکه آبسه کبدی بیماری نسبتاً نادر است ولی در بیمارانی که با علائم تب و ناحیه RUQ مراجعه می‌کنند مخصوصاً افرادی که در محیط‌های با بهداشت پایین زندگی می‌کنند و یا افرادی که ساکن مناطق گرمسیری هستند می‌بایست آبسه آمیبی کبد در نظر گرفته شود.

منابع

1. Tsutsumi V, Mena-Lopez R, Anaya-Velazquez F, Martinez-Palomo A. Cellular bases of experimental amebic liver abscess formation. The American journal of pathology. 1984;117(1):81.
2. Cohen H, Reynolds T. Comparison of metronidazole and chloroquine for the treatment of amoebic liver abscess. A controlled trial. Gastroenterology. 1975;69(1):35.
3. Fang D, Shu D. Entamoeba histolytica liver abscess. Canadian Medical Association Journal. 2010;182(16):1758.-
4. Haque R, Mollah NU, Ali IKM, Alam K, Eubanks A, Lyerly D, et al. Diagnosis of amebic liver abscess and intestinal infection with the TechLab Entamoeba histolytica II antigen detection and antibody tests. Journal of clinical microbiology. 2000;38(9):3235-9.